42

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907 — THÈSE — N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 28 Novembre 1907, à 1 heure

PAR

René SCHLISSINGER

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

Traitement des Phlébites Superficielles DU MEMBRE INFÉRIEUR

Président : M. POZZI, *professeur*

Juges MM. BAR, *professeur*
MARION, *agrégé*
JEANNIN, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
BONVALOT-JOUVE
15, RUE RACINE, 15

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	DEJERINE BRISSAUD
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	QUENU
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	GILBERT BALLET
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU BERGER RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	CUNÉO	LANGLOIS	NICLOUX
BALTHAZARD	DEMELIN	LAUNOIS	NOBECOURT
BRANCA	DESGREZ	LECENE	OMBREDANNE
BEZANÇON (FER.)	DUPRÉ	LEGRY	POTOCKI
BRINDÉAU	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BROCA	GOSSET	LŒPER	RENON
BRUMPT	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
CARNOT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL, chef des travaux anat.
CASTAIGNE	JEANSELME	MARION	
CLAUDE	JOUSSET	MORESTIN	SICARD
COUVELAIRE	LABBE (MARCEL)	MULON	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON PRÉSIEDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

Chirurgien des Hôpitaux,
Membre de l'Académie de Médecine,
Commandeur de la Légion d'honneur.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

Du Traitement des Phlébites Superficielles DU MEMBRE INFÉRIEUR

AVANT-PROPOS

Qu'il nous soit permis, tout d'abord, d'adresser à tous nos maîtres l'expression très sincère de notre profonde gratitude.

C'est sous les auspices de M. le Dr Triboulet que nous avons commencé nos études médicales, il voulut bien nous initier à l'examen clinique du malade ; qu'il veuille agréer nos sincères remerciements.

Les bonnes leçons de M. le Dr Gaston Lion nous ont été très profitables, notre profonde reconnaissance lui est acquise.

Nous ne saurions assez témoigner notre gratitude à M. le professeur Terrier qui voulut bien nous agréer en qualité de stagiaire dans son service de clinique chirurgicale de l'hôpital de la Pitié ; ses brillantes

leçons et la précision merveilleuse de ses diagnostics resteront à jamais gravés dans notre mémoire.

C'est dans le service de M. le professeur Terrier que nous avons eu la bonne fortune d'avoir pour maître M. le professeur agrégé Gosset ; qu'il nous permette de le remercier tout particulièrement des si bonnes leçons qu'il nous a données, des conseils et des encouragements si affectueux qu'il n'a cessé de nous prodiguer durant le cours de nos études médicales.

M. le Dr Tuffier, professeur agrégé a bien voulu nous agréer en qualité d'externe, qu'il daigne agréer l'expression de notre profonde gratitude pour la très grande bienveillance avec laquelle il nous a toujours guidé dans l'étude de la pratique chirurgicale.

Tous nos remerciements à M. le Dr Moutard-Martin dont nous avons eu l'honneur d'être l'externe.

Que M. le Dr Florand nous permette de lui adresser l'expression émue de notre très profonde gratitude et de notre très sincère dévouement ; en de pénibles circonstances de notre prime jeunesse, ses soins éclairés et dévoués nous furent précieux ; plus tard il voulut bien nous confier une place d'externe dans son service et prendre soin de notre éducation médicale ; nous sommes heureux de remercier à la fois le maître et l'ami dévoué.

M. le Dr Lepage, professeur agrégé, dont nous fûmes l'externe à la clinique Tarnier, nous a initié dans l'art difficile de l'obstétrique ; ses brillantes leçons cliniques et ses conseils de pratique courante

nous seront très profitables, qu'il nous permette de le remercier tout particulièrement.

Nos remerciements sincères à M. le Dr Lubet-Barbon qui voulut bien nous instruire dans la délicate pratique de l'oto-rhino-laryngologie.

Il nous reste à nous acquitter d'une agréable dette de reconnaissance envers M. le professeur Pozzi ; nous avons eu le très grand honneur d'être son externe à la clinique gynécologique de la Ville de Paris ; c'est là que ce parrain de la gynécologie contemporaine a bien voulu par la clarté de ses leçons cliniques et de ses démonstrations de technique gynécologique journalière nous enseigner un peu de cet art dont il est le maître incontesté.

MM. les Drs Proust et Dartigues assistant et chef de clinique, nous ont souvent aidé de leurs précieux conseils ; nous les remercions bien vivement.

M. le Dr Raymond, chirurgien en chef de la maison départementale de Nanterre a bien voulu nous autoriser à suivre son service et à publier des observations concernant ses malades. Il nous a été particulièrement agréable d'user de la très grande bienveillance de M. le Dr Raymond que nous avions eu déjà l'honneur d'avoir comme chef de clinique dans le service du professeur Terrier.

M. le professeur Pozzi a bien voulu accepter la présidence de cette thèse ; qu'il nous permette encore de lui adresser l'expression de notre très respectueux dévouement.

INTRODUCTION

La phlébite, comme son nom l'indique, est une inflammation veineuse, déterminée par la localisation sur les parois du vaisseau, d'un microbe quelconque. Il se fixe en un point de l'endoveine, prolifère à ce niveau, et devient ainsi le point de départ d'une infection plus ou moins intense, selon son degré de virulence, et selon le terrain sur lequel il évolue.

Mais il faut dire aussi que les agents toxiques jouent un rôle considérable dans l'étiologie des phlébites ; les inflammations veineuses d'origine alcoolique ou goutteuse en sont un exemple frappant.

Quelle que soit la pathogénie des phlébites, il est nécessaire d'établir une classification de ces inflammations :

L'infection primitive résulte d'une plaie septique de la veine ; il se forme à ce niveau un foyer de suppuration, le plus souvent, d'où peuvent se détacher à un moment donné des parcelles de pus ou des micro-organismes, qui vont transporter dans les viscères, poussées par le flux circulatoire, des embolies septiques.

L'infection pueréprale, à point de départ utérin, en est un exemple fréquent.

L'infection secondaire résulte d'une infection à distance ; elle peut, ou bien gagner les lympathiques, et alors nous nous trouvons en présence de l'angioleucite, ou le pus peut pénétrer dans une veine, et déterminer une phlébite, témoin ces phlébites superficielles du membre inférieur consécutives à une plaie septique d'un orteil.

De cette diversité dans l'étiologie des phlébites, découle tout naturellement une variété dans les modes de traitement.

Au cours de l'année scolaire qui vient de s'écouler nous avons eu l'occasion de fréquenter souvent le service de chirurgie de la maison départementale de la Seine. Nous avons examiné à différentes reprises des sujets atteints de phlébite, secondaire le plus souvent ; leur état général, était loin d'être bon, étant donnés l'âge plutôt avancé des malades et leur état de misère physiologique habituelle ; et chez eux les symptômes locaux étaient très accentués. Il fallait remédier à ces conditions défavorables par une intervention rapide et énergique.

Dans tous ces cas, nous avons vu M. le Dr Raymond employer un traitement opératoire qui n'a pas encore conquis la faveur de tous les chirurgiens, mais dont il est permis de beaucoup espérer en raison des résultats excellents obtenus dans le service.

Nous remercions ici, M. le Dr Raymond d'avoir bien voulu nous autoriser, avec sa bienveillance

habituelle, à reproduire dans notre travail les observations recueillies dans son service.

Mais avant d'entrer dans notre sujet, nous dirons quelques mots des traitements appliqués ordinairement dans les cas de phlébite des membres, nous examinerons brièvement les résultats obtenus par ces méthodes, enfin, nous verrons les différents procédés chirurgicaux qu'on peut opposer à une phlébite superficielle, circonscrite ou diffuse, des membres inférieurs.

Ce que nous voulons essayer de démontrer dans notre modeste travail, c'est que certaines complications, certains inconvénients auxquels ne pouvait remédier le traitement médical sont supprimés par l'excision de la tumeur phlébitique elle-même ; que les résultats sont meilleurs que par le passé, et qu'ils sont durables.

TRAITEMENT LOCAL NON OPÉRATOIRE DE LA PHLÉBITE SUPERFICIELLE DES MEMBRES INFÉRIEURS

Beaucoup de traitements ont été préconisés dans les cas de phlébite, dans le seul but de prévenir l'embolie, et de permettre aux lésions inflammatoires de rétrocéder.

Si c'est le membre inférieur qui est atteint, l'immobilisation absolue dans une gouttière de Mayor, garnie d'ouate, donne souvent d'excellents résultats. On maintient le membre dans une position légèrement élevée, en le recouvrant autant que possible de compresses humides, qui font disparaître l'œdème, abaissent la température locale, et amènent une diminution rapide de la douleur.

Certains auteurs adjoignent à ce traitement l'administration de l'antipyrine ou de l'aspirine, à la dose de 1 à 3 grammes par jour.

Pinard préconise les applications de chlorhydrate d'ammoniaque en solution concentrée.

Les applications de liniment chloroformé ou laudanisé réussissent également bien.

Enfin, pour amener la résolution de l'inflamma

tion, les eaux de Bagnoles de l'Orne et de Plombières sont efficaces.

Mais, si bien qu'il soit appliqué, et si rigoureusement qu'il soit suivi, le traitement médical n'est quelquefois pas suffisant à lui tout seul, pour éviter l'embolie cause de la mort.

D'ailleurs, combien de temps doit durer l'immobilisation ? Les avis sont très partagés à ce sujet ;

M. Vaquez pratique l'immobilisation absolue pendant vingt jours, il conseille le massage prudent de la région malade, à la condition que l'œdème soit entièrement disparu, et la fièvre complètement tombée.

Ludwig et Anders Wirde partagent son avis.

Pour d'autres, on ne devrait pratiquer la mobilisation que quinze jours au moins, après la chute de la température. Plus tard, on permettra de légers mouvements au malade, et vers le quarantième jour, il pourra commencer à marcher, le membre malade entouré d'un crêpe Velpeau légèrement serré, pour ne pas entraver la circulation veineuse.

Mais ce traitement, si séduisant qu'il puisse paraître, est loin d'être radical, et avec lui, le médecin est désarmé contre l'embolie menaçante.

Un fragment du thrombus phlébitique peut se détacher à tout moment et tuer le malade en quelques instants.

Ou bien un infarctus peut se produire dans le poumon, et ne permettre au patient qu'une survie de

durée variable, suivant l'étendue du territoire pulmonaire atteint, et la résistance du sujet.

Nous voyons donc que ce ne sont là que des traitements symptomatiques et palliatifs. Il fallait en arriver aux traitements opératoires, agissant sur la tumeur variqueuse elle-même.

Le traitement des phlébites, en général, a donc suivi, un véritable cycle évolutif, une tendance vers le progrès, qui a abonti depuis un certain temps déjà, à mettre en évidence un procédé qui consiste à isoler le foyer inflammatoire.

Depuis les premiers essais, divers procédés ont été préconisés, chacun variant avec son auteur, mais tous tendent à opposer à l'embolie un obstacle mécanique aux accidents qu'elle provoque.

RÉSULTATS OBTENUS PAR LE TRAITEMENT NON OPÉRATOIRE

Robineau, dans sa thèse inaugurale, dit : « Les moyens thérapeutiques conseillés contre les phlébites par les auteurs classiques de médecine les plus récents, sont purement palliatifs. »

Et, rappelant le traitement classique que nous venons de décrire, il ajoute : « Ce qui peut se traduire ainsi : Laissez évoluer la phlébite comme il lui plaira ; ne provoquez pas vous-même une complication d'embolie, tâchez d'atténuer les douleurs tout le temps que voudra bien durer la maladie. »

En effet, l'infection phlébitique dure en général longtemps ; le malade immobilisé pendant quatre semaines, quelquefois plus longtemps, s'épuise ; il souffre et perd ses forces.

Encore s'il était certain d'être à l'abri des complications !

Très souvent, le malade, qui espérait mettre pour la première fois, le pied hors du lit, fait une récidive de sa phlébite.

Briquet rapporte l'observation d'un sujet qui,

après trois rechutes succomba en quelques minutes à une embolie pulmonaire.

Trousseau a relaté un cas de mort par embolie, survenue trois mois après le début d'une phlébite.

Et Lejars ajoute : « C'est le sort commun des phlébitiques ; alors même que la phlébite première n'a été en somme qu'une phlébite larvée. »

Cette terminaison fort heureusement n'est pas aussi fréquente qu'on serait tenté de le croire :

D'après Lancereaux on trouverait la mort subite par embolie dans un douzième des cas.

Follin en a rapporté un cas.

Trousseau, un cas.

Hayem, un cas.

Et Chabenat, dans sa thèse sur *La mort subite par embolie pulmonaire dans les varices enflammées*, cinq cas avec autopsie.

Dans toutes ces observations, la mort était survenue dans un temps variant de quelques minutes à quelques heures.

En effet, des poussées successives peuvent se produire en des points différents du réseau veineux, chacune pouvant donner lieu à un thrombus susceptible de s'emboliser tôt ou tard.

Une autre complication peut survenir, qui est évitée à coup sûr par l'intervention opératoire précoce,

Une phlébite variqueuse, d'étendue très petite, et nettement localisée, est capable, si elle se développe chez un sujet débilité, de gagner les tissus voisins, de se propager aux veines profondes, malgré l'immo-

bilisation et l'application de compresses résolutives, et de répandre l'inflammation sur tout un territoire. Nous n'en citerons pour exemple qu'une phlébite légère de la faciale, consécutive à un anthrax de la lèvre supérieure, qui se propage par l'intermédiaire de la veine ophtalmique jusqu'au sinus caverneux, et cause la mort rapide du sujet.

D'autres fois, la marche de l'infection est moins rapide, elle revêt un caractère de chronicité qui contraste avec la brusque propagation précédente. La température du malade prend un caractère hectique. Le malade s'amaigrit rapidement, perd ses forces, il s'intoxique lentement et s'achemine infailliblement vers la cachexie.

D'autres fois encore, et ces cas sont les plus fréquents, la phlébite occasionne chez certains sujets de l'impotence fonctionnelle, des accidents nerveux et des troubles trophiques consécutifs.

Nombre de malades, qui, atteints de phlébite variqueuse des membres inférieurs, ont été soumis à un traitement médical rigoureux, se ressentent des années encore de leur affection.

Au cours de leur maladie, les veinules des troncs nerveux ont participé à l'inflammation, et il en est résulté une névrite périphérique qui fera souffrir le malade à l'occasion de la moindre fatigue. Puis apparaîtront des troubles trophiques secondaires : l'immobilisation de quelques semaines et la névrite périphérique, ont produit une atrophie musculaire quelquefois considérable.

Certains malades ont perdu la sensation du chaud ou du froid ; les ongles tombent d'eux-mêmes ; la peau se pigmente et prend un aspect éléphantiasique ; puis apparaissent l'eczéma variqueux, l'ulcère variqueux, les maux perforants que certains auteurs, entre autres Dieulafoy, attribuent à une artérite de voisinage.

Enfin, pour clore la liste des accidents qui apparaissent souvent après la guérison d'une phlébite traitée médicalement, nous citerons pour mémoire le pied bot phlébitique, dû à une rétraction tendineuse.

Telles sont les complications de la phlébite des membres inférieurs qu'un traitement médical bien approprié et rigoureusement suivi est quelquefois impuissant à éviter.

Nous allons décrire maintenant les traitements opératoires de la phlébite, et rappelant les stades différents de leur évolution, après avoir examiné quelles sont leurs indications et contre-indications, nous comparerons les résultats obtenus par les deux méthodes.

TRAITEMENTS OPÉRATOIRES

Historique

Au début du siècle dernier, les médecins et chirurgiens de l'époque avaient remarqué que bon nombre de femmes qui succombaient à l'infection puerpérale, présentaient de la phlébite utérine, et Dance soutenait que la phlébite était fréquemment l'origine des abcès métastatiques et de l'infection purulente.

Plus tard, en 1843, Cruveilhier faisait remarquer que, quelle que soit la forme de l'inflammation, celle-ci s'accompagne toujours de la formation d'un caillot ; mais pour lui, la coagulation du sang n'en demeurait pas moins un phénomène tout à fait secondaire.

Un peu plus tard encore, en 1856, Wirchow va renverser la théorie de Cruveilhier ; pour lui, la formation du caillot, loin d'être un phénomène consécutif à la phlébite, en était le phénomène essentiel et primitif.

Dès lors, le but que se proposèrent les chirurgiens fut tout différent :

Breschet pratiquait la ligature des veines en aval

du foyer phlébitique, pour enrayer la propagation de l'infection purulente.

Quelques années plus tard, en 1818, il faisait une section des veines afférentes.

En 1832, Sédillot revient sur la ligature des veines en aval du foyer.

Sée, en 1865, rapporta deux observations complètes de phlébite de la veine céphalique, consécutives à des plaies de la main.

Dans ces deux cas, il lia la veine au delà du caillot, et la guérison fut rapide, exempte de toute complication.

Verneuil, vers 1884, pratiqua, dans un cas de phlébite du creux poplité, l'extirpation complète de la lésion, et le malade guérit en peu de temps.

La phlébectomie devint alors le procédé de choix, et depuis 1891, les observations se sont multipliées rapidement. Depuis cette époque, Schwartz, Quénu, Segond, Sébileau, tentés par les résultats favorables de leurs prédécesseurs, pratiquèrent la phlébectomie avec succès.

En 1899, Morestin présenta un cas à la Société anatomique.

En 1902, quatre cas nouveaux de Riche, puis Ricard.

En 1903, un cas de Le Dentu.

De 1903 à 1907, nous n'avons trouvé qu'un seul cas, publié par Terrier et Raymond et un autre présenté à la Société anatomique par M. le Dr Raymond.

Nous voyons donc, d'après ce qui précède, que ce

n'est qu'en 1891, que s'affirmèrent les résultats vraiment admirables de la phlébectomie, avec Schwartz et Quénu.

En 1898, Robineau dans sa thèse s'efforce de démontrer les avantages immenses et la sécurité complète qu'offre ce procédé opératoire.

Enfin, Forgues et Reclus, dans leur *Traité de thérapeutique chirurgicale*, conseillent aussi le traitement sanglant.

INDICATIONS

Du chapitre précédent, sur le traitement local non opératoire, il résulte que, en aucun cas, le praticien n'est capable, même approximativement, de prévoir le résultat de sa thérapeutique.

Tout autre est ce résultat, tout autre aussi le pronostic pour la santé future du malade, quand la main du chirurgien vient exciser, aussitôt le diagnostic de phlébite établi, le tronçon veineux thrombosé !

La stase veineuse, la douleur et l'œdème disparaissent rapidement. La septicémie est évitée par l'ablation du foyer septique.

En un mot, la guérison est sûre, rapide, et le malade est désormais à l'abri de toute complication, immédiate ou future.

Dans les cas que nous avons vu opérer, jamais l'hémorragie n'a été considérable. D'ailleurs, quant à l'épuisement qui résulte de cette effusion de sang, en réalité nulle, chez un malade souvent très faible, il a certainement toujours été moindre que les dangers de la phlébite elle-même, si on l'eût abandonnée. La généralisation de l'infection, la résorption des toxines eussent été beaucoup plus dangereux pour le malade, que la perte d'une quantité très minime de sang.

Certains chirurgiens (Nicaise) ont reproché à cette méthode de former un peu plus loin que le caillot un nouveau thrombus, par la ligature de la veine.

Nous répondrons à cette objection que dans la phlébite superficielle des membres inférieurs, le courant sanguin est arrêté dans la veine infectée. Par conséquent, notre ligature, placée plus haut que le caillot, en tissu sain, isole le foyer phlébitique de la circulation générale, et évite ainsi à coup sûr l'embolie.

Mais il est bien évident qu'il faut observer dans cette intervention la plus rigoureuse asepsie, et qu'une ligature faite dans de mauvaises conditions, serait funeste au sujet, par la production d'une phlébite opératoire, à un niveau plus élevé que la phlébite primitive. Ces fautes opératoires n'existent plus aujourd'hui.

Mais dans quelles conditions doit-on appliquer un traitement opératoire, et quand doit-on s'abstenir ? Certains auteurs conseillent à tort, peut-être, d'opérer même chez des sujets âgés, cachectiques, cancéreux ou tuberculeux. Nous pensons qu'il est préférable de s'abstenir, quand la phlébite survient au cours d'une maladie dont le pronostic est fatal : diabète, cancer, tuberculose.

D'autres, se refusent à intervenir, quand l'infection a gagné le tissu cellulaire environnant.

Gaucher, considère comme devant être respectées, toutes les infections phlébitiques ayant pour point de départ un ulcère variqueux.

Il existe encore d'autres indications opératoires à tirer de l'étendue de la région lésée.

Tantôt, le chirurgien se trouvera en présence d'une inflammation légère, bien localisée, survenue dans une varice et ce cas sera justiciable de l'intervention.

Tantôt, l'inflammation aura dépassé les tuniques de la veine, et s'étendra aux tissus adjacents. Là encore, nous devrons intervenir.

Tantôt, enfin, nous nous trouverons en présence d'un vaste territoire phlébitique, impossible à délimiter dont le type est la phlegmatia alba dolens.

Ce dernier cas est peut-être le seul dans lequel nous devrons nous abstenir, en dépit des assertions de Robineau.

Ecoutons plutôt ce que disent à ce sujet Forgues et Reclus, dans leur *Traité de thérapeutique chirurgicale* : « Il est manifeste qu'en cas de pyohémie imminente, un tronçon veineux injecté de pus sera incisé et détergé, ou mieux excisé, d'une seule venue, avec les tissus voisins infectés. Plus nous allons, plus nous trouvons rationnelle et avantageuse, cette excision précoce des troncs veineux, occupés par une thrombose septique. C'est le moyen de barrer la route aux émigrations bactériennes. Mais ce qui est raisonnable dans le cas d'une phlébite localisée, devient tentative inutile, quand la phlébite est diffuse, et dessine des extrémités vers la racine ses cordons indurés et couleur de lie de vin. »

Nous retiendrons en passant, les indications pré-

cises que donnent Forgues et Reclus, pour la pratique de la phlébectomie : « N'opérer que dans le cas de phlébite localisée ou tout au moins nettement limitée. »

Mais nous avons vu M. le docteur Raymond opérer avec succès dès le début de l'affection, un malade atteint de phlébite totale de la saphène interne depuis la crosse jusqu'au niveau de la maléole interne.

Quelques semaines après, la plaie était complètement cicatrisée, le malade avait recouvré l'usage de son membre et commençait à se lever, sans avoir à redouter les embolies tardives, pas plus que les troubles trophiques ou nerveux consécutifs.

C'est bien là, semble-t-il, un résultat idéal, car un procédé en effet, ne vaut que s'il est bon actuellement, et s'il n'expose le malade à aucune complication fâcheuse dans l'avenir.

TRAITEMENTS OPÉRATOIRES DES PHLÉBITES SUPERFICIELLES DU MEMBRE INFÉRIEUR

Certains chirurgiens ont tenté dans les cas de phlébite suppurée, de traiter le foyer infecté à la façon d'un abcès chaud ou de toute collection purulente. A ce sujet, Duplay et Relus, dans leur *Traité de Chirurgie*, écrivent : « Lorsque des frissons répétés et la marche de la température donnent lieu de craindre un commencement d'infection générale, on est autorisé, au moins dans certains cas, à tenter la désinfection du foyer veineux, comme l'a fait Demons, en allant ouvrir les veines en suppuration, et en les lavant avec une solution antiseptique, telle que chlorure de zinc, biiodure de mercure, etc.

Tel fut, en effet, au cours de ces dernières années, le rôle du chirurgien ; mais ce procédé a vécu : en effet, il est très difficile, d'abord, de se rendre compte exactement des limites de l'infection, ensuite, la main la plus expérimentée peut laisser en aval de l'incision, une parcelle de thrombus infecté, ou quelque microbe fixé dans une valvule, qui seront une nouvelle source de propagation de l'infection.

Enfin, cette méthode, semble-t-il, est insuffisante pour prévenir l'embolie ou l'infarctus pulmonaire, que toute intervention doit tendre à éviter.

D'autres chirurgiens, plus audacieux, mais se rendant compte des dangers que courait le phlébitique, ont songé, en cas d'embolie menaçante, à pratiquer la ligature de la veine malade en aval du caillot, en tissu sain.

Hunter pratiquait au-dessus de l'inflammation, une compression méthodique pour faire adhérer les parois veineuses.

C'est là déjà un progrès très louable ; par ce procédé, les embolies viscérales ne peuvent plus se produire, mais la malade conserve, pendant un temps quelquefois très long, un foyer de suppuration qui l'épuise et l'oblige à l'immobilisation absolue.

Le procédé de la ligature veineuse en aval du caillot, n'est donc pas encore à notre avis, le procédé de choix ; et Forgues et Reclus disent encore : « Il est manifeste qu'en cas de pyohémie imminente, un tronçon veineux injecté de pus sera incisé et détergé, ou mieux, excisé d'une seule venue, avec les tissus voisins infectés. »

Nous serons plus rigoureux encore et nous dirons :

Dès que le diagnostic de phlébite est institué, que celle-ci soit localisée ou très étendue, qu'il y ait ou non menace de septicémie, nous devrons aussitôt intervenir, et cette intervention consistera en la résection complète des tissus enflammés ou infectés,

après ligature de la veine thrombosée en aval et en amont du caillot.

Des trois traitements opératoires proposés :

Ouverture des foyers phlébitiques suppurés ;

Ligature entre le cœur et la veine thrombosée ;

Excision de la veine phlébitique infectée ou non.

Nous retiendrons le dernier, qui seul, pare « à des embolies graves par leur qualité septique, ou graves par leur action mécanique. »

EXTIRPATION DES PAQUETS PHLÉBITIQUES

(*Procédé opératoire*)

La préparation du malade a une importance particulière. Il faut considérer, en effet, qu'on se trouve le plus souvent en territoire infecté, ou susceptible de s'infecter, et le chirurgien devra observer la plus stricte asepsie. Il est préférable de ne tenter aucune intervention sur un territoire veineux, si l'on n'est pas certain de l'asepsie, car on risquerait alors de voir survenir des complications graves de septicopyohémie.

Quant à la technique à suivre pour l'incision cutanée, les avis sont nombreux et partagés.

Pour pratiquer l'excision de varices superficielles, Schwartz délimite un losange à grand axe parallèle à la veine lésée, et il dissèque le lambeau cutané. Puis, après dissection et ablation du tronçon veineux malade, il réunit les bords de l'incision ; de cette façon, la perte de substance losangique détermine à ce niveau la formation d'un « véritable bas élastique naturel ».

La majorité des chirurgiens partisans de la phlébectomie opèrent différemment, mais aussi plus simplement :

Ils limitent du doigt la portion de veine qu'ils veulent réséquer, et pratiquent une incision rectiligne de la peau. Celle-ci, une fois sectionnée, ils se trouvent de suite en présence du cordon veineux lésé. Si, le tissu adipeux est très développé, ils dissèquent prudemment les deux lèvres de l'incision, jusqu'à ce qu'ils soient arrivés avec la sonde cannelée sur la veine cherchée.

A ce moment, le mode opératoire est à peu près le même dans tous les cas : on place deux ligatures au catgut, une à chaque extrémité du segment veineux mis à découvert, en ayant soin de placer la première en aval du caillot. On pratique ensuite la résection : entre les deux ligatures, tout près de l'une d'elles, on place une pince de Kocher, et l'on sectionne la veine entre la ligature et la pince à forcipressure. On tire à soi l'extrémité de la veine, on la dissèque par-dessous, en pratiquant au fur et à mesure qu'on les rencontre, la ligature et la section des collatérales. Arrivé près de la ligature opposée, un coup de ciseau détache le tronçon veineux lésé.

Parfois, quand l'inflammation a gagné les régions avoisinantes, quand les téguments et la gaine veineuse ont contracté des adhérences, le chirurgien doit enlever en masse, la peau, le tissu cellulaire

sous-cutané et la veine, sans chercher à faire une dissection longue et souvent impossible.

Restent ensuite l'hémostase et la suture des plans superficiels au crin de Florence ou aux agrafes de Michel. La cicatrisation de la paroi se fait en général, très rapidement, et la suppuration est exceptionnelle.

Dans le cas où on est autorisé à la soupçonner, des drains placés dans la plaie permettront au pus de s'écouler librement.

La plaie sera recouverte d'un pansement humide ou sec selon les cas, avec enveloppement légèrement compressif.

Mais il est dans cette intervention un temps capital sur lequel Robineau a beaucoup insisté dans sa thèse, nous voulons parler de la ligature veineuse :

Nous rappellerons pour mémoire les méthodes anciennes, par la compression, par les injections coagulantes, par l'acupressure et la section sous-cutanée, et nous poserons les règles principales suivantes de Robineau :

1° La ligature constituera le premier temps de toute opération pour phlébite occupant un long segment veineux.

En effet, en liant de suite la veine en aval du caillot ou du lieu d'infection on ne risquera pas d'infecter des tissus sains, et on évitera ainsi la formation d'une embolie, par fragmentation du caillot, au cours de la dissection ou de manœuvres opératoires.

2° La ligature sera placée sur deux points éloi-

gnés d'au moins deux à trois centimètres, avec résection du segment intermédiaire.

Grâce à cette précaution, on isolera du même coup le foyer inflammatoire, et l'on sera sûr qu'aucun germe pathogène ne viendra se fixer sur la ligature définitive.

3° La plaie de la ligature sera toujours réunie.

En agissant ainsi, on protège la ligature centrale et le chirurgien peut agir librement sur le foyer enflammé ou septique.

4° La ligature devra porter sur un segment de la veine, indemne de phlébite.

En effet, une ligature jetée sur du tissu enflammé aurait beaucoup de chances de ne pas tenir, et serait le point de départ d'une phlébite secondaire.

5° L'agent de la ligature sera le fil de soie, de préférence, ou encore le catgut.

A part quelques rares exceptions, où les malades furent opérés dans des conditions tout à fait défavorables, ou trop tardivement, tous les cas rapportés, de traitement des phlébites superficielles des membres inférieurs par la phlébectomie ont été couronnés de succès.

L'intervention est en somme bénigne quand on la pratique avec la plus rigoureuse asepsie.

Les résultats sont excellents, non seulement au point de vue de la guérison rapide et certaine d'un accident souvent mortel, mais encore par la cure radicale même de l'état variqueux.

Si l'état général du malade n'est pas satisfaisant,

un traitement général bien approprié aura toujours raison des symptômes de septicémie qui pourraient se manifester.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Personnelle)

M... Auguste, soixante-cinq ans, journalier.

Entre le 20 novembre 1906 dans le service de chirurgie de la maison de Nanterre, présentant quelque dilatation veineuse à la face supéro-interne du genou droit, et de nombreuses varicosités cutanées au même côté. Il porte à la partie supéro-interne de la la cuisse gauche un gros paquet variqueux, et un autre au mollet. Enfin, au niveau du creux poplité, sur le trajet de la saphène interne, autre paquet variqueux, au niveau duquel le malade ressent une vive douleur ; la région est rouge, œdématiée, et l'on sent sur le trajet de la veine un noyau dur, douloureux, long de 5 à 6 centimètres.

On fait à la partie postéro-interne de la cuisse gauche une incision de 35 centimètres, aboutissant en bas au creux poplité. L'incision est oblique de bas en haut, et d'arrière en avant. — Résection de la saphène sur toute la longueur de l'incision. — Ligature des collatérales. — Pas d'adhérences au tissu cellulaire et à la peau. — Inflammation très limitée. — L'hémostase est facile et complète.

Réunion des bords de la plaie à l'aide des agrafes de Michel, sans drainage.

La cicatrisation se fait assez rapidement.

Le 9 décembre, le malade présente une température s'élevant

à 39° 6. Poussée de fièvre qui a duré près de huit jours, mais absolument indépendante de la lésion qui a nécessité l'intervention.

On est en présence d'une infection intestinale coli-bacillaire.

Peu à peu, la température revient à la normale, et le malade quitte le service le 8 février 1907, en état complet de guérison.

OBSERVATION II (Personnelle)

A... Théodore, soixante-quatre ans, journalier, entre dans le service de chirurgie le 28 mars 1907.

Présente une phlébite de la saphène interne près de la crosse sur une étendue de quinze centimètres, consécutive à des abcès lymphangitiques du pied et du tiers inférieur de la jambe.

Le malade présente un état général très médiocre : il est maigre, tousse continuellement (bronchite chronique).

Il souffre de sa jambe droite depuis près de huit jours ; le soir, il a de la fièvre, et la douleur l'empêche quelquefois de dormir.

Température rectale 39 degrés.

Opération le 3 avril 1907.

Incision depuis la crosse de la saphène jusqu'au niveau du condyle interne, circonscrivant un lambeau cutané qui adhère au tissu cellulaire sous-jacent. Tous les tissus voisins sont infiltrés, et très enflammés.

Ligature de la saphène, à la racine de la cuisse. Section, après placement d'une pince. Excision en masse de la peau, du tissu cellullaire infiltré, et du paquet variqueux phlébitique, à la

façon d'une tumeur. après ligature à la partie inférieure de l'incision.

Hémostase au catgut. — Coaptation de la peau au crin de Florence et aux agrafes de Michel. Cette coaptation est incomplète au niveau du condyle interne. A ce nivau, existe un foyer de suppuration qui a fusé dans les tissus environnants.

On place un drain à la partie inférieure de la plaie.

Les jours suivants, la température baisse, pour descendre jusqu'à 36° 6.

Six jours après l'opération, la fièvre reprend, pour atteindre 39, le 9 avril au matin.

On enlève une partie des crins et des agrafes ; on injecte dans la plaie de l'eau oxygénée ; la température descend de nouveau aux environs de 37 degrés.

20 avril. — On trouve dans le pansement du sang provenant d'une petite hémorragie. On fait un pansement compressif, l'hémorragie s'arrête.

A partir de ce jour, la température du malade remonte, pour présenter tous les caractères de la fièvre hectique, jusqu'au 20 mai 1907, date à laquelle le malade meurt de septicémie.

OBSERVATION III (Personnelle)

Ch... Auguste, trente-neuf ans, emballeur, entre le 4 avril 1905 ; en chirurgie, il présente à la partie interne et moyenne de la cuisse gauche, une phlébite variqueuse, avec phénomènes généraux assez accentués.

La température rectale est de 39° 2.

Opération le 5 avril, sous chloroforme. Incision linéaire de

vingt centimètres. Dissection de la veine. Ligature au catgut, aux deux extrémités de la plaie. Résection du paquet variqueux. Pas de drainage. Suture de la peau avec les agrafes de Michel.

Le lendemain, la température commence à baisser graduellement pour osciller entre 37° et 37° 3 les jours suivants.

Le malade sort guéri le 20 mai 1905.

OBSERVATION IV (Personnelle)

S... Auguste, soixante-sept ans, teinturier.

Entré dans le service de chirurgie de la maison de Nanterre le 6 décembre 1904.

Le malade présente depuis vingt ans des varices volumineuses de la jambe droite. L'une des nuits précédentes, il a ressenti dans cette jambe au niveau du mollet, une douleur très vive, qui s'est accentuée pendant la journée.

A son entrée dans le service, la température rectale est de 38° 6 ; le malade est incapable de se tenir debout, les mouvements actifs et passifs de la jambe droite sont douloureux.

Nous examinons le malade : La jambe droite est légèrement œdématiée, la peau est tendue, rouge, et plus chaude que du côté opposé. Le membre est sillonné d'arborisations veineuses et la pression, si légère soit-elle, provoque sur le trajet de la saphène interne, une violente douleur. Nous portons le diagnostic de phlébite de la saphène interne. Le malade est opéré le lendemain sous chloroforme.

On pratique une incision de vingt-cinq centimètres sur le trajet du paquet variqueux, au niveau duquel siège la phlébite, et passant par le sommet de la tumeur, on met la veine à nu sur tout son trajet. On jette à chaque extrémité de la plaie une liga-

ture sur le vaisseau, avec catgut numéro 1 ; et l'on dissèque et énuclée le paquet variqueux à la façon d'une tumeur, avec une portion d'aponévrose, adhérente.

Après désinfection on pratique la réunion de la plaie cutanée par les agrafes de Michel et on enveloppe le membre d'un pansement sec compressif.

11 décembre. — Quatre jours après l'opération, la température était descendue pour se maintenir aux environs de 37 degrés.

11 janvier 1905. — Le malade sortait du service, complètement guéri, et ayant recouvré entièrement les mouvements de sa jambe droite.

OBSERVATION V

(Présentée à la Société Anatomique en mai 1905, par M. le Dr Raymond.)

N... Constant, cinquante-cinq ans, boulanger, entre le 27 mars 1905 dans le service de chirurgie de la maison de Nanterre.

Les antécédents héréditaires de ce malade sont sans intérêt. En 1874, début des varices au niveau de la jambe droite.

En 1894, les varices se développent au niveau de la cuisse.

Depuis un mois, douleurs très vives, non calmées par le repos, léger œdème. La saphène interne est variqueuse sur tout son trajet. La portion crurale est en pleine poussée phlébitique, formant des nodosités dures, chaudes, douloureuses. du volume d'une petite noix à celui d'une noisette. La réaction inflammatoire s'étend à la peau environnante.

Au niveau de son embouchure, la saphène semble changer

de caractères : les nodosités disparaissent, plus de douleur. La recherche de l'insuffisance valvulaire ne peut être pratiquée, par suite de la poussée phlébitique. On note sur les orteils des excoriations, qui expliquent la nature infectieuse de la phlébite. Etat général bon. Température 38°4 le 31 mars.

Opération le même jour, sous chloroforme. La saphène interne est mise à nu, liée et sectionnée, en haut, au-dessous de son embouchure ; en bas, au-dessous du genou ; elle ne présente trace, à ces niveaux, ni d'inflammation, ni de thrombose.

Entre ces deux points, la veine phlébitique, le tissu cellulaire phériphérique enflammé et la peau correspondante sont enlevés en masse, comme une tumeur. Sur le parcours, ligature de différentes collatérales, toujours en dehors du caillot.

Les ligatures sont faites à la soie. Suture de l'aponévrose et de la peau. Pansement sec compressif.

Les jours suivants, la température décroît petit à petit pour arriver à la normale le 6 avril.

Le malade sort le 19 mai complètement guéri.

La pièce, après dissection, a été placée dans le musée de la maison de Nanterre.

En l'examinant, nous voyons que la veine saphène interne est bifurquée à six centimètres de sa crosse, en deux troncs de volumes à peu près égaux. L'un des tronc, le plus grêle (3 millimètres au lieu de 4 millimètres de diamètre), occupe dans sa direction générale, le trajet et les rapports habituels de la saphène interne. L'autre, au contraire, après un parcours de un centimètre au-dessus de l'aponévrose, la perfore, et chemine sous la toile fibreuse, parallèlement à la saphène proprement dite, reposant directement sur les masses musculaires.

La saphène proprement dite, devenue variqueuse, adhérente

à la peau, difficile à disséquer par suite de la périphlébite qui l'entoure, présente de nombreux renflements très irréguliers dans leurs formes et dans leurs dimensions, plus volumineux à la partie inférieure de la pièce, où ils mesurent jusqu'à vingt millimètres dans leur plus grand diamètre, jusqu'à la partie supérieure où il n'atteignent guère que douze à seize millimètres.

La saphène interne a été réséquée sur une longeuur totale de trente-quatre centimètres, dont vingt sont obstrués par le caillot. Dans la portion thrombosée, on note quelques étranglements, correspondant au diamètre normal de la saphène, et dont la lumière est libre. Partout ailleurs, on rencontre un caillot organisé.

La pièce montre de plus deux collatérales importantes, dont l'une, la collatérale supérieure, est perméable. L'anastomose entre cette collatérale et la saphène est envahie par le caillot. L'importance de cette collatérale fait supposer que sa perméabilité a subsisté après la thrombose du segment supérieur de la saphène, et qu'elle a joué, à ce moment, le rôle de canal de sûreté.

Une deuxième collatérale située plus bas, indique que le sang a cherché à se frayer une autre voie de retour, en face du caillot envahisseur.

Enfin, il existe une troisième collatérale, sous-aponévrotique, qui possède une importance prédominante.

Au moment où est pratiquée l'intervention, la collatérale supérieure ne reçoit plus de sang que des petites veinules afférentes. La première dilatation variqueuse est encore partiellement perméable, et le sang qui passe, s'écoule par la collatérale inférieure.

Mais le drainage le plus important, le vaisseau par lequel le

sang des téguments superficiels de la jambe et du pied se rend à la veine fémorale, est cette collatérale sous-aponévrotique, que nous désignerons sous le nom de saphène secondaire. Les valvules y sont normalement développées. Cette saphène secondaire naît à la jambe de nombreux rameaux sous-cutanés qui se rejoignent au niveau de la jarretière.

Une anastomose sectionnée sur la pièce au cours de l'intervention, la relie en bas à la saphène interne, qu'elle remplace par conséquent tout le long de la phlébite.

Cette suppléance veineuse sous-aponévrotique est rare, d'autant plus que ce vaisseau présente à son embouchure un diamètre supérieur à celui de la saphène normale.

OBSERVATION VI (Personnelle)

P... Alphonse, cinquante-six ans, menuisier.

Entre en chirurgie le 22 février 1906.

Le malade a déjà été opéré dans le service à deux reprises différentes.

Le 11 février 1906, pour une mastoïdite gauche, qui a guéri en deux mois.

Le 17 avril 1906, pour une récidive de sa mastoïdite.

Aujourd'hui, il entre dans le service pour une phlébite variqueuse siégeant sur le trajet de la saphène, au tiers inférieur de la cuisse.

Température 38°8.

Œdème local peu intense.

Douleur au moindre mouvement.

Chaleur de la région lésée.

Opération le 23 février :

Incision elliptique allant de l'anse de la saphène à la jarretière, sur le trajet de la veine. Excision en masse de la peau, du tissu cellulaire et des veines qui sont adhérentes. Ligature des collatérales. Hémostase laborieuse. Sutures cutanées au crin de Florence.

La température tombe rapidement et le malade sort guéri au début de septembre 1906.

OBSERVATION VII

(*In* thèse Robineau, 1898.)

L... jardinier, trente-cinq ans, entre le 11 janvier 1894 dans le service de M. Quénu, à l'hôpital Cochin, pour phlébite variqueuse.

Il appartient à une famille de variqueux (père, mère, un frère). Et lui-même, porteur depuis la jeunesse de varices aux jambes, a en outre un varicocèle et des hémorroïdes.

Il n'avait jamais été gêné par ses varices, lorsque, à la fin de décembre, en même temps que survenait un abcès dentaire, il se forma, à la partie supérieure et interne de la jambe droite, une petite tumeur rouge, dure, et douloureuse.

Après un repos de huit jours, le malade reprit son travail et aussitôt la tuméfaction s'étendit le long de la jambe, sur le trajet de la saphène interne : là, on constate une tumeur allongée, avec bosselures noirâtres, adhérentes à la peau, mobiles sur les plans profonds.

Le 18 janvier 1894, M. Quénu pratique l'ablation de ce paquet variqueux enflammé ; après ligature de la saphène au-dessus. Guérison sans incidents.

L'observation ne contient pas de renseignements plus détaillés.

Le malade sortit en parfait état le 23 mars 1894 ; il n'a pas été revu depuis.

OBSERVATION VIII

(*In* thèse Robineau, 1898.)

Un marchand de lait est atteint de phlébite variqueuse du mollet, dont le début remonte à huit jours environ. La masse variqueuse est volumineuse, de consistance molle, avec fluctuation en certains points ; la peau est amincie, rouge, il y a élévation thermique. Redoutant la suppuration de cette tumeur, M. Quénu propose l'extirpation au malade ; celui-ci la refuse, et se décide seulement à laisser inciser sa phlébite. L'incision donna issue à des caillots mous, à du sang, mais il n'y avait pas de pus.

A la suite de cette intervention, la plaie bourgeonna mal, resta atone, et la guérison ne fut obtenue qu'après de nombreuses semaines.

OBSERVATION IX (Personnelle)

D... Vidal, vingt-trois ans, jardinier.

Entre dans le service de chirurgie de la maison de Nanterre le 26 février 1906.

Antécédents héréditaires sans intérêt.

Varices légères aux deux jambes, remontant à deux années.

Il y a quinze jours en travaillant au jardin, il s'est fait une

légère érosion siégeant à la face inférieure du gros orteil gauche.

De ce point, part une traînée rougeâtre diffuse, couvrant le dos du pied et sa face interne, et remontant jusqu'à la face interne du condyle interne.

Près de la cheville, existe un point particulièrement douloureux ; à ce niveau, œdème très prononcé, chaleur locale intense. température rectale 38 degrés.

Opération le 1er mars 1906. — Incision linéaire sur le trajet de la saphène interne, de la malléole jusqu'à douze centimètres au-dessus. Ligature de la veine après dissection, aux deux extrémités de la plaie. Dissection de la veine thrombosée sur tout son trajet, jusqu'à un travers de main au-dessus de la malléole interne, sans résection de la peau — ligature et hémostase au catgut — Résection de la saphène interne.

Suture de la peau au crin de Florence. Pas de drainage. Pansement sec.

La cicatrisation se fait très rapidement, étant donné l'état général excellent et le jeune âge du malade, qui quitte les salles le 17 mars 1906.

OBSERVATION X

(Schwartz. — *Presse Médicale*, 1896. *In* thèse Robineau.)

Homme de trente-quatre ans, ajusteur, entré à Cochin pour phlébite variqueuse de la cuisse gauche. Il est variqueux des deux membres inférieurs. Sa mère était aussi atteinte de varices.

L'inflammation veineuse est attribuée par le malade à des fatigues. Il y a une énorme tumeur allant du milieu de la cuisse

gauche à la partie supérieure de la jambe, présentant la forme d'un boudin allongé, bleuâtre en certains points, bosselée, s'accompagnant d'un peu d'œdème de la jambe. Cette tumeur est noueuse, dure, douloureuse à la pression, adhérente à la peau, qui est amincie par places, au point de laisser voir les caillots noirâtres. Malgré le repos au lit pendant trois semaines, des applications de compresses résolutives et l'enveloppement ouaté, la tumeur phlébitique a peu diminué.

Opération. — La saphène interne est liée d'abord près de son embouchure, pour s'opposer à la migration d'un caillot.

Incision de trente centimètres, circonscrivant les parties cutanées très adhérentes, on met à nu la tumeur ; ligature au-dessus et au-dessous, et extirpation des veines. Drainage à la partie inférieure de la plaie, après suture de la peau. La saphène thrombosée une fois déroulée, atteint une longueur de cinquante centimètres ; son volume varie de celui du petit doigt à celui du pouce ; il y a des caillots partout.

Le malade est sorti guéri au bout de trois semaines.

OBSERVATION XI (Personnelle)

E... Séraphin, soixante-sept ans, cultivateur.

Entre en chirurgie le 3 mars 1906, pour une douleur qu'il ressent dans la jambe droite et pour un gonflement qui l'empêche de marcher. Le début de cette douleur date du 1er mars environ. Le malade présentait à cette époque une plaie au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil droit.

A l'examen, on remarque tout le long de la jambe et de la

cuisse, un cordon dur et douloureux répondant exactement au trajet de la saphène interne. Ce cordon dur, en relief, commence vers le milieu de la jambe, pour remonter jusqu'à environ cinq ou six centimètres au-dessous du pli de l'aine. La peau environnante est rouge, le membre est œdématié. On retrouve à la racine du gros orteil la plaie en voie de guérison, point de départ de l'infection ascendante.

Le malade ne présente pas de varices, et prétend n'en n'avoir jamais eu.

Température 38 degrés.

Opération le 7 mars 1906, sous chloroforme.

Incision sur le trajet de la veine, depuis le pli de l'aine jusqu'au tiers inférieur de la cuisse. Découverte de la saphène interne un peu au-dessous de sa réunion avec la veine fémorale. Après s'être assuré que le caillot ne remonte pas au-dessus de la crosse, ligatures de la saphène et section entre les deux. A mesure que la dissection avance, on remarque que les collatérales contiennent un caillot, au niveau de leur abouchement avec le tronc principal.

Dissection de chacune de ces branches jusqu'au delà du caillot, ligature au catgut et section.

Une dernière ligature est placée à huit centimètres au-dessous du dernier caillot, et la section est faite. Lavage de la plaie à l'oxycyanure de mercure, agrafes de Michel, pansement sec, compressif.

Le tronçon phlébitique réséqué mesure cinquante-cinq centimètres.

Le caillot s'étend sur une longueur de quarante centimètres, laissant environ sept à huit centimètre libres à la partie supérieure et à la partie inférieure.

La paroi est épaisse, le caillot très dur et bien organisé.

Les jours qui suivent l'opération, la température oscille aux alentours de 37 degrés, la guérison se fait rapidement. Le malade sort le 28 mars 1906, avec un peu de pesanteur du membre inférieur droit, mais avec l'entière liberté des mouvements.

OBSERVATION XII

(Schwartz. — *Bulletin et Mémoire de la Société de Chirurgie*, 1898, p. 126. *In* thèse, Robineau, 1898.)

Palefrenier, cinquante-six ans, opéré le 26 décembre 1897 pour deux tumeurs variqueuses phlébitiques, l'une de quinze centimètres sur dix, à la partie moyenne de la cuisse, l'autre, plus petite, à la partie interne de la jambe ; toutes deux sur le trajet de la saphène interne. Après ligature au catgut et section de la veine à son embouchure à la fémorale, les deux tumeurs variqueuses emflammées sont extirpées, en même temps qu'un grand lambeau de peau adhérent.

L'incision étendue du bas de la jambe en haut de la cuisse permet d'enlever la presque totalité de la saphène. Suture au crin de Florence.

Le malade est complètement guéri à la date de la présentation.

OBSERVATION XIII (Personnelle)

C... Louis, polisseur, vingt et un ans.

Entre dans le service de M. le Dr Raymond, le 25 février 1907.

Le malade présente aux deux jambes, depuis quatre années

des veines superficielles très nombreuses dont quelques-unes, au niveau du mollet, disposées en paquets volumineux.

Il y a dix-huit mois, le sujet a été soigné à Paris pour une phlébite de la veine saphène interne près de son origine, un peu au-dessus de la malléole interne. Le traitement a consisté en immobilisation dans une gouttière en fil de fer, et en applications humides sur le membre. Le malade a guéri sans complications, en cinq semaines. Mais depuis sa sortie de l'hôpital la marche est pénible ; le soir il a de l'œdème des jambes. Depuis trois jours, il souffre beaucoup à trois travers de doigt au-dessus de la malléole interne : à ce niveau la peau est rouge, tendue, luisante ; le doigt sent sur le trajet de la saphène interne un cordon dur, superficiel et douloureux. Le malade fait à ce niveau une récidive de sa phlébite ancienne.

La température rectale est de 37° 6.

Opération le 27 février 1907.

Incision sur le trajet de la saphène interne, que l'on dissèque, et dont en pratique l'ablation jusqu'à trois travers de doigt environ, au-dessus de la malléole.

Hémostase facile. Ligatures au catgut.

On profite de l'anesthésie chloroformique pour faire par le même procédé la résection des paquets variqueux volumineux au niveau de la partie moyenne du mollet.

Coaptation des lèvres de la plaie au moyen d'agrafes de Michel. Pas de drainage. Pansement sec, légèrement compressif.

La guérison est rapide, le malade sort le 5 avril, complètetement guéri, et capable de reprendre sans fatigue ses occupations.

CONCLUSIONS

I. — Dès que le diagnostic de phlébite du membre inférieur est institué, le chirurgien peut, par son intervention, éviter des accidents graves, souvent mortels, qu'un traitement médical, si bien institué soit-il, est parfois incapable de prévenir.

II. — Les seules contre-indications peuvent être tirées du mauvais état général du malade : cancer, tuberculose, diabète.

III. — Il ne faudra en aucun cas négliger le traitement de la lésion ou de la maladie cause de l'infection.

IV. — L'ouverture et la désinfection d'un foyer phlébitique infecté nous paraissent insuffisants, et ne mettent nullement le malade à l'abri des complications d'embolie, d'infarctus, ou de septicopyohémie.

V. — La ligature de la veine phlébitique entre le cœur et la lésion, suivie de résection simple du vaisseau, est déjà préférable, mais n'est pas suffisante.

VI. — Le traitement de choix, est l'incision cutanée, immédiatement suivie de la section entre deux liga-

tures placées à deux centimètres l'une de l'autre, en aval du foyer phlébitique, avec extirpation complète de la lésion : et excision de toute la peau adhérente à la veine.

Ainsi seront évitées les complications redoutables des phlébites. La guérison sera généralement rapide, et le malade sera débarrassé du même coup de ses varices. Il n'aura plus à redouter les complications secondaires d'une phlébite ancienne : sciatique, atrophie musculaire, troubles nerveux et trophiques.

Vu : le président de la thèse,
POZZI

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Broca. — Revue de Chirurgie, 1899.

Chabenat. — De la mort subite par embolie pulmonaire dans les veines enflammées. Thèse de Paris, 1874.

Cruveilhier. — Anatomie pathologique.

— Article Phlébite du Dictionnaire, 1843.

Dance. — Archives de Médecine, 1828.

Debove et Achard. — Manuel de Médecine.

Demons. — Traitement antiseptique des phlébites. Bulletin de la Société de Chirurgie, 1881.

— Société de Chirurgie, 1891.

Dieulafoy. — Manuel de pathologie interne.

Duplay et Reclus. — Traité de Chirurgie.

Lyon (Gaston). — Clinique thérapeutique.

Forgues et Reclus. — Traité de thérapeutique Chirurgicale.

Gautier. — Embolie par phlébite variqueuse. Bulletin de la Société anatomique, 1879, p. 784.

Hunter. — Inflammations des veines. T. III, p. 643.

Labbé. — Précis de technique opératoire.

Le Dentu et Delbet. — Traité de Chirurgie clinique et opératoire.

Le Dentu. — Phlébite et névrite. Bulletin de la Société de Chirurgie, 1888.

Lejars. — Phlébites latentes chez les variqueux. Leçons de Chirurgie, p. 261.

Meheux. — Des récidives des phlébites. Thèse de Paris, 1893.

Nicaise. — Plaies et ligatures des veines. Thèse de Paris, 1872.

Quénu. — Plaies des veines. Traité de Chirurgie.

Robineau. — Traité Chirurgical des phlébites. Thèse de Paris, 1898.

Raymond. — Bulletin de la Société Anatomique, 1905.

Schwartz. — Phlébite. Traité de Chirurgie clinique et opératoire. T. IV.

Vaquez. — De la phlébite des membres. Cliniques de la Charité, 1894.

— Traitement de la phlébite des membres. Mercredi médical, 1894.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION 10
Traitement local non opératoire de la phlébite superficielle des membres inférieurs 13
Résultats obtenus par le traitement non opératoire ... 16
Traitements opératoires. — Historique 20
Indications 23
Traitements opératoires des phlébites superficielles du membre inférieur 27
Extirpation des paquets phlébitiques (procédé opératoire) 30
OBSERVATIONS 35
CONCLUSIONS 50
BIBLIOGRAPHIE 52

Imp. de la Faculté de Médecine, BONVALOT-JOUVE, 15, rue Racine, Paris.